维普资讯 http://www.cqvip.com

呛咳。1例于术后第8天发现咽瘘形成,纤维喉镜检查见喉咽部皮瓣与咽黏膜吻合的上缘有约2.5 cm瘘口,皮瓣缘外卷并呈灰白色,部分表皮发生坏死。给予局部每日换药冲洗,局部喷予贝复剂(bFGF),加压包扎,于术后25 d拔除气管套管,35 d完全愈合。本组皮瓣成活率为91.7%。术后随访过程中发现喉咽部肌皮瓣随时间逐渐发生黏膜化改变,颜色逐渐变白,表面逐渐柔软湿润,12例随访1年后均未见肿瘤复发。

讨 论

胸锁乳突肌是颈外侧部最长的肌,其上部主要由枕动脉和耳后动脉血供,中部来自甲状腺上动脉的分支,下部由甲状颈干的颈横动脉的分支所供应。胸锁乳突肌皮瓣自1979年Ariyan[1]成功运用于修复食管瘘以来,临床应用较为广泛。伍国号等[2]运用胸锁乳突肌皮瓣修复口底鳞癌、下颌骨肿瘤和腮腺肿瘤等术后的黏膜或皮肤缺损,结果皮瓣成活率为88.8%。孙弘等[3]运用胸锁乳突肌皮瓣对10例舌癌术后行舌再造,结果9例Ⅰ期愈合。我们采用胸锁乳突肌皮瓣修复喉咽癌术后咽缺损12例,皮瓣Ⅰ期成活率为91.7%,1例出现皮瓣表皮坏死,经临床处理新生上皮再次覆盖。以往认为,胸锁乳突肌皮瓣在头颈肿瘤伴颈淋巴结转移者不宜应用。本组12例中有4例为N_1患者,经功能性颈淋巴结清扫后,肌皮瓣全部存活,并随访1年未见肿瘤复发。景捷等[4]用胸锁乳突肌皮瓣修复颈转移性颊鳞癌的原发灶缺损,取得较好的临床效果,且并不影响其预后,由于胸锁乳突肌内无淋巴管,因而,我们认为对于N_1期喉咽癌,转移的淋巴结如能与胸锁乳突肌分离,仍可用该皮瓣修复喉咽的缺损。

胸锁乳突肌皮瓣制作与喉咽癌手术在同一术野,就近取材,进行颈淋巴结清扫时可同时完成皮瓣的制作,节省时间,手术创伤相对减小。不需吻合血管和神经,供区创面可直接缝合,无需植皮。胸锁乳突肌较粗大,供血丰富,成活率较高。但术中应操作轻柔,保护好胸锁乳突肌的血供,尤其是肌蒂上方枕动脉的分支,翻转肌皮瓣时应避免肌蒂扭转,以防皮瓣坏死。胸锁乳突肌皮瓣较适用于喉咽侧后壁区和梨状窝外侧壁的缺损。对于喉咽上区及环后区缺损则不宜采用胸锁乳突肌修补。颈部放疗后、喉咽癌N_1患者转移淋巴结与胸锁乳突肌粘连及N_2以上者也不宜使用该肌皮瓣。

参 考 文 献

1 Ariyan S. One-stage repair of a cervical esophagostome with two myocutaneous flaps from the neck and shoulder. Plast Reconstr Surg, 1979, 63:426 - 429.
2 伍国号,陈福进,曾宗渊,等. 岛状胸锁乳突肌皮瓣在头颈肿瘤手术中的应用. 中华显微外科杂志,2003,26:25 - 27.
3 孙弘,李德春,黄海生. 胸锁乳突肌胸骨头肌皮瓣行舌再造术的评价. 中华显微外科杂志,1998,21:251 - 253.
4 景捷,薛凡,孙小娟. 胸锁乳突肌皮瓣在颈转移颊鳞癌修复中的应用. 中华显微外科杂志,2002,25:66 - 67.

(收稿日期:2005 - 04 - 02)

腮腺导管离断的显微外科修复

程瑞修 王润求 王成琪 付兴茂 王剑利 何玉宏 黄良平

【摘要】 **目的** 探讨腮腺导管离断的显微外科修复方法。 **方法** 找到离断的腮腺导管断端,用1mm硬质导管支撑,二定点缝合法端端吻合。 **结果** 1999年4月-2004年6月,11例经治病例,修复17个离断口,伤口均Ⅰ期愈合,无涎瘘形成,Lashley杯测定伤侧腮腺酸刺激流率均大于1ml/min。 **结论** 显微外科修复离断的腮腺导管,对合准确,通畅率高。

【关键词】 腮腺导管; 显微外科; 修复

腮腺导管浅面仅被覆皮肤和皮下组织,面颊部的损伤很容易伤及腮腺导管。我院1999年4月至2004年6月收治11例17个腮腺导管离断,进行显微外科修复,取得满意疗效。

资料与方法

一、临床资料

本组男7例,女4例。年龄17~61岁,平均31.2岁。左侧9例,右侧2例。致伤原因:刀砍伤8例,车祸伤2例,腮腺手术意外损伤1例;均为完全性离断,其中7例有1个、3例2个、1例4个离断口。合并伤:8例合并面神经颊支损伤,1例合并失血性休克,1例合并颧弓及下颌骨骨折。24 h急诊修复9例,超过7 d修复者2例,前者临床表现为颊部伤口,深达肌肉层,甚至达口腔黏膜下层,颊肌、嚼肌等肌肉外翻;后者表现为患侧高度肿胀,有涎瘘形成,B超检查示颊部有唾液和血凝块组成的滞留腔隙形成。

二、手术方法

完全显露伤口,挤压腮腺区,在耳屏至鼻翼与口角中点连线上寻找导管近心端,可见导管的近心端流出清亮的液体。将

作者单位:261021 山东省潍坊市第八十九医院口腔科(程瑞修、王润求、何玉宏、黄良平);全军骨科中心(王成琪、付兴茂、王剑利)

VISIT…

LANZAROTE Caliente.COM

维普资讯 http://www.cqvip.com

伤口对位拉拢,在与导管近心端相对应的位置寻找远心端。对于2个离断口以上的导管,可从口内腮腺导管口插入一银质探针或硬质塑料管,在肌肉层浅面大致将软组织对位,寻找导管的中间段,1 mm硬膜外麻醉导管穿过腮腺导管支撑以利于吻合,在离断口处游离导管0.5~1.0 cm以防止周围软组织卷入导管内。在4~8倍双人双目手术显微镜下,9-0无损伤缝合线进行端端吻合,吻合方法为二定点缝合法[1],缝合8针,边距距离断口约2 mm。抽出硬膜外麻醉导管,再次挤压腮腺,可见唾液自腮腺导管口流出,吻合口如有溢液,可在溢液处加针缝合。冲洗创腔,严密缝合腮腺包膜、皮下组织和皮肤。术后加压包扎5~7 d,常规应用抗生素3~5 d。

三、结果

所有病例均获随访,时间3个月~1年,伤口均Ⅰ期愈合,无涎瘘形成,进食时无酸胀等导管阻塞症状,Lashley杯测定伤侧腮腺唾液流量,酸刺激腮腺流率均大于1ml/min。

讨 论

一、腮腺导管损伤特点及治疗

腮腺导管的体表投影为耳屏与鼻翼根部到红唇缘垂线中点连线的中1/3段,导管长约5 cm(3.8~6.8 cm),管外径约0.35 cm(0.20~0.50 cm)[2],为外分泌腺的小管道。面部外伤、尤其锐器切割伤很容易伤及腮腺导管,锐器致腮腺导管离断的伤情特点:①断端较整齐;②无缺损。腮腺导管损伤的治疗方法,有端端吻合术、导管改道术、静脉移植再造术、口内造瘘术等[3],目的使涎液重新引流到口腔,对于无缺损或缺损较少的腮腺导管离断,治疗应首选端端吻合术。新鲜离断的腮腺导管,弹性好,易于吻合。如果损伤时间久,由于组织水肿,导致弹性减弱,加之周围组织的肿胀,张力加大,使端端吻合难度增大,以往多推崇静脉移植再造,本组有2例此类病人,进行了端端吻合,术后导管通畅性良好,治疗要点有二:①将腮腺导管充分游离;②将导管周围软组织拉拢缝合以减张,再行导管吻合。对张力的要求,腮腺导管与血管、神经的显微吻合不同,后者要求无张力缝合,否则容易形成血栓或形成瘢痕组织阻碍神经纤维通过,而腮腺导管因是中孔管道结构,张力稍大也可。

二、显微外科技术修复腮腺导管的优越性

一般的大体外科手术,尽管也将腮腺导管修复缝接起来,但是术中无法判断导管是否有扭曲,是否有周围软组织的卷入,不能进行精确的缝合必然导致导管错位愈合,为防止术后导管狭窄或阻塞需留置支架。应用显微外科技术吻合腮腺导管,在镜下操作,由宏观到微观,增强视力,清晰的看到吻合口情况,进行缝合时,有利于准确进针和打结,使吻合口对合准确,避免了以上弊端,显著提高通畅率,而且创伤小,瘢痕较轻[4]。尤其对于离断口较多的病例,显微外科技术更显现了其优越性。

三、腮腺导管显微吻合注意事项

①腮腺导管大多是单干型,也有少数为双干型,甚至三干型,术中应注意导管变异;②腮腺导管断端周围软组织应适当的游离,一般在0.5 cm以上,防止缝合时带入管腔;③缝合边距应为管壁厚度的1~2倍,边距过大,易使断端内翻和管腔狭窄,边距过小,易将管壁撕裂;④进针前先检查管壁是否扭曲,缝针是否刮到对侧壁;⑤缝合完毕后应检查吻合质量,可挤压腮腺看是否有唾液自吻合口渗漏,必要时加针缝合;⑥腮腺导管多与面神经颊支伴行,术中注意检查面神经损伤情况,如无缺损或缺损较小,可作直接吻合;如缺损较大,可取同侧耳大神经移植。

四、术后处理

以往多强调腮腺导管内留置硅胶管支架2周以上,并加压包扎。但是留置支架容易造成管道的损伤、阻塞及外瘘发生[1],增加了感染机会;而且由于导管粗细差异较大,临床上很难找到与之匹配的硅胶管,应用显微外科进行腮腺导管吻合,缝合完善,术后毋须留置腔内支架[5,6]。对于术后是否加压包扎,目前尚有争议,争议的焦点在于加压包扎能否预防涎瘘的发生,多数主张加压包扎,能够防止涎瘘形成;一种观点不主张加压,认为加压包扎可能闭合导管管腔,唾液排泄不畅[7]。我们认为,经显微镜下端端吻合,能够看清吻合情况,保证吻合口无涎瘘,然后将腮腺包膜严密缝合,不会有涎瘘发生,术后不留置引流、加压包扎5~7d的目的,不是为了防止涎瘘发生,而是为了起压迫止血的作用。

参 考 文 献

1 王成琪主编. 实用显微外科学. 第1版. 北京:人民军医出版社,1992. 58-59,536.

2 马大权主编. 涎腺疾病. 北京:人民卫生出版社,2002. 10-12.

3 王正国主编. 王正国创伤外科学. 上海,上海科学技术出版社. 2002. 992.

4 庞水发,于国中,程钢等. 输精管显微外科吻合术后复通效果临床研究. 中华显微外科杂志,1999,22:186-188.

5 王民芝,王琼,郭浩然. 显微技术输卵管复通效果及影响因素探讨. 中华显微外科杂志,1998,21:198-200.

6 魏萍,李雪梅. 输卵管妊娠显微外科手术修复临床观察. 中华显微外科杂志,2000,23:152-153.

7 陈明芝,张国志. 腮腺导管瘘和腺体瘘的病因分析和治疗. 口腔医学纵横杂志,1994,10:231.

(收稿日期:2005-05-25)